Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*27.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]

- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) ○ Ca. 60,5 Mio. Fälle und > 1,4 Mio. Verstorbene (2,35%) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage ○ Top 10 Länder: USA, Indien, Brasilien, Italien, Russland, Polen, Deutschland, Großbritannien, Frankreich und Iran. ○ zunehmende Trends in den USA, Indien, Brasilien und dem Iran (dort wurden Maßnahmen letzte Woche verschärft); abnehmende Trends in Italien, Großbritannien und Frankreich; Polen, Russland, und Deutschland mit eher abnehmenden Trends. ○ Der Fallverstorbenen-Anteil im Iran ist sehr hoch. ○ 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner ○ 80 Länder überschreiten den Schwellenwert. ○ Unveränderte Situation in Afrika, Amerika, Asien, Ozeanien. ○ In Europa ist die Türkei hinzugekommen; dies ist ggf. auf eine veränderte Berichterstattung der Fälle zurückzuführen, da zwischen Juli und November keine asymptomatischen Fälle berichtet wurde, jetzt dagegen wieder. ○ 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH ○ Europa weiterhin stark betroffen, 29 Länder haben eine 7-Tage-Inzidenz von >50/100.000 Ein. ○ Irlands 7-Tage-Inzidenz ist auf 43/100.000 Einwohner gesunken, Finnland und Island dagegen nähern sich einer 7-Tage-Inzidenz von 50/100.000 Einw. ○ Todesfälle in den letzten 7 Tagen ○ Besonders in Europa gibt viele stark betroffene Länder, darunter Bosnien-Herzegowina, Belgien, Polen, Tschechien etc. Auch der amerikanische Kontinent weist eher hohe Todeszahlen in den letzten 7 Tagen auf. ○ Zusammenfassung: ○ Amerika weist einen leicht höheren Anteil an neuen Fällen in den letzten 7 Tagen auf als Europa (42% zu 40%). ○ In der AFRO-Region wurde letzte Woche der höchste Anstieg an neuen Fällen (15%) und Todesfällen (30%) berichtet. ○ In Amerika mehr al 1,5 Mio. neue Fälle in der letzten Woche. In der WHO-Region PAHO wurde die höchste wöchentliche Zahl seit Beginn der Pandemie gemeldet. ○ Europa: größter Anteil der Todesfälle in den letzten 7 Tagen. **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 1.006.394 (+22.806), davon 15.586	ZIG1 FG32/38

	(1,5%) Todesfälle (+426) o 1 Mio. Fälle als Schwelle überschritten, Trend rückläufig laut internationaler Lage, aber eigentlich noch keine Entspannung sichtbar, neuer Rekord mit Todesfällen. o 7-Tage-Inzidenz 136/100.000 Einw. (leicht gesunken) o 4-Tage-R=0,82; 7-Tage-R=0,93, jedoch schließt das Konfidenzintervall 1 noch ein. o ITS (Datenstand 26.11.2020): 3.826 (+45), invasiv beatmet: 2.290 (+76) o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum (ohne nachträgliche Korrektur): kleiner Rückgang sichtbar, aber östliche Bundesländer (SN, TH, BB) mit steigenden Trends, nur MV stabil. Die Ursachen sind noch unklar, viele Ausbrüche in vulnerablen Gruppen werden beobachtet. o Geografische Verteilung der 7-Tage-Inzidenz in Deutschland: Wenig Veränderung, nur 21 LK überschreiten die Inzidenz von 50/100.000 nicht. LK Hildburghausen mit äußerst hoher Inzidenz. o LK Hildburghausen: o Die Lage im LK sollte mit allen vorhandenen Daten im zeitlichen Verlauf ausgewertet werden. Die kumulative Inzidenz liegt wahrscheinlich nur bei 1 bis 1,5%; weniger als 10% sind wahrscheinlich an COVID-19 erkrankt, so dass weiterhin 90% suszeptibel wären. o Es wäre sinnvoll nachzufragen, ob vor kurzem vermehrt Schnellteste eingesetzt wurden oder ob es andere besondere Umstände gibt, die die hohen Fallzahlen erklären könnten. o Perspektivisch wäre eine weitere Hotspot-Studie im Rahmen von Corona-Monitoring-Lokal im LK Hildburghausen möglicherweise geeignet, dies wäre ggf. zu Februar 2021 möglich, allerdings stehen dafür noch keine Finanzmittel zu Verfügung. o Wöchentliche Sterbefallzahlen: im internationalen Vgl. milder Verlauf, leichter Anstieg seit KW41, Gesamtmortalität ebenfalls mit leichtem Anstieg, leicht über dem Durchschnitt der Vorjahre. o Wöchentliche Hospitalisierungen nach Alter: Höhere Altersgruppen sind häufiger hospitalisiert als jüngere. Die Hospitalisierungsinzidenz erreicht in den hohen Altersgruppen knapp 50/100.000 pro Woche. o Darstellung der wöchentlichen Todesfälle nach Alter zeigt ebenfalls in den hohen Altersgruppen höhere Inzidenz. o Ausbrüche im zeitlichen Verlauf (Folie hier) o Hinterlegt sind alle Fälle ohne Hospitalisierte (graue Balken) und hospitalisierte Fälle (rote Balken), jeweils mit Bezug auf die rechte Skala. o Die Anzahl der Ausbrüche in Krankenhäusern und Pflegeheimen ist parallel und in beiden Wellen etwa gleich stark ausgeprägt (rote und blaue Kurve). Der Anstieg war im Frühjahr steiler als in der 2. Welle. o Die Anzahl an Fällen beim Personal gemäß § 23 IfSG	FG37

	(hellgrüne Kurve) ist in der 2. Welle deutlich geringer als in der 1. Welle und bereits abfallend. Dies ist ggf. auf ein verbessertes Krankenhausmanagement zurückzuführen, wobei unklar ist, ob das Personal sich vor Ort angesteckt hat (sicherlich auch Reiserückkehrer darunter). o Die Anzahl an Fällen in den nosokomialen Ausbrüchen ist in der 2. Welle geringer als in der 1. Welle. Die Situation in den Krankenhäusern scheint besser bewältigt zu werden (bei gleichbleibender Anzahl an Ausbrüchen). o Dagegen ist die Anzahl an Fällen in den Ausbrüchen in Pflegeheimen in beiden Wellen ähnlich stark ausgeprägt; sie übersteigt in beiden Wellen die Anzahl an Fällen in nosokomialen Ausbrüchen als auch die Anzahl an Fällen beim Personal und sie steigt in der 2. Welle weiter an. o Die Daten legen den Schluss nahe, dass die Maßnahmen im Krankenhaus besser greifen als in den Pflegeheimen, in denen die am stärksten vulnerablen Altersgruppen leben. Trotz intensiver Bemühungen, die Empfehlungen für die Alten- und Pflegeheime anzupassen, scheint die Situation weiterhin schwierig zu sein (Personal ggf. weniger gut ausgebildet, überlastet, schlechter ausgestattet). o Weitere Auswertungen zu den Ausbrüchen in Pflegeheimen wären ggf. sinnvoll (z.B. Anpassung an die Altersstruktur). o Für das nächste Pressebriefing sollte als positive Nachricht die Entwicklung der Krankenhäuser benannt werden, auch die Aussicht auf den Impfstoff, die Kommunikation über die Altenpflegeheime ist wesentlich schwieriger. Botschaft muss sicherlich enthalten, dass Ausbrüche nicht vermeidbar, aber eindämmbar sind. Die Größe des Ausbruchs kann über gezielte Maßnahmen beeinflusst werden. o Es sollte geprüft werden, über welche zusätzlichen Kanäle die Pflegeheime am besten erreicht werden können. o Ggf. könnte man die Frequenz von Personaltestungen in Pflegeheimen erhöhen. o Auch international ist die Lage in Pflegeheimen schwierig. Ca. jeder 13. Bewohner eines Altenpflegeheims in den USA ist an COVID-19 verstorben. *To Do*: FG37 nimmt Anregungen auf und überlegt, welche Hebel noch genutzt werden können.	
2	**Internationales** **(nur freitags)** o Aktuell erfolgen die Abstimmungen zur neuen Ausweisung der Risikogebiete; dabei ist ein dynamischer Schwellenwert in Bezug auf das deutsche Infektionsgeschehen angedacht (bundesweite 7-Tage-Inzidenz plus 30). Dadurch würden viele Länder aus der aktuellen Liste der Risikogebiete herausfallen. [redacted] o [redacted] o Die Umsetzung erfolgt ggf. bereits in der kommenden Woche,	ZIG

	dazu müssen Sprachregelungen zu Ländern, die keine Risikogebiete mehr sind, gefunden werden. ○ In der Kommentierung der Vorlage ist der Begriff der „Freitestung“ gefallen, was nochmals kritisch aufgegriffen werden sollte.	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** ○ Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** Überarbeiteter Entwurf von FG 36 • Vertagt auf Montag	
5	**Kommunikation** **Presse** • Es gibt vermehrt Anfragen zur Vergleichbarkeit der Testzahlen. Da die Änderung der Testkriterien bereits einige Wochen zurückliegt, könnte ggf. der Hinweis angepasst werden. *To Do*: Formulierungsanpassung bis nächsten Mittwoch durch [redacted]	Presse
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Umgang mit den Beschlüssen der MPK vom 25.11. und Implikationen auf RKI-Dokumente? bes. Punkt 8: 5-tägige Quarantäne und Freitestung Erkrankter ab Tag 3 ○ [redacted] ○ In die bisherigen Dokumente soll ein Disclaimer aufgenommen werden, der auf den Beschluss verweist, ohne sich diesem fachlich anzuschließen. Die Haltung des RKI wird auf der Fachebene der Länder geteilt. ○ Der entsprechende Erlass liegt bereits vor. **b) RKI-intern** Nicht besprochen.	
7	**Dokumente** ○ Die Dokumente „Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal in Arztpraxen und Krankenhäusern in einer Situation mit relevantem Personalmangel“, „Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen bei Personalmangel“ und „Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie“ wurden basierend auf der Diskussion in der vorherigen Sitzung überarbeitet. Hinsichtlich der Quarantäne wird kein expliziter Zeitrahmen genannt. Z.T. liegen die Dokumente zur Anpassung der Grafiken aktuell bei IBBS.	FG37
8	**Update Impfen (nur freitags)**	

	Modellierung, Impfquotenerfassung (Folien hier) o Impfstoffentwicklung und Zulassung o BioNTech-Pfizer wird als erster Impfstoff erwartet mit Zulassung möglicherweise bis 23.11.2020, dann Chargenprüfung und Auslieferung. Hohe Effektivität von 95%, auch in hohen Altersgruppen. Hohe Impfeffektivität für BioNTech Impfstoff wird Kommunikation vereinfachen. o Moderna: advanced purchase agreement, bei EMA rolling review eingereicht, unklar, ob es auf den deutschen Markt kommen wird, deutscher Markt lt. Hersteller prioritärer Markt in EU. o AstraZeneca: Gesamteffektivität 70%, bei Unterkohorte mit kleinerer Dosierung 90% Impfeffektivität (Zufallseffekt), unklar, welche Konsequenzen dies für die Produktion hat (Stabilität des Impfstoffs?). o Stand STIKO-Empfehlung: Der am 26.11.2020 in der STIKO AG besprochene Entwurf soll in der STIKO-Sitzung nächste Woche zur Verabschiedung vorgelegt werden. Danach schließt sich ein ggf. verkürztes Stellungnahmeverfahren an. Alten-Pflegeheime werden zunächst priorisiert, dann die >80-Jährigen. o Bei Annahme von 90%-iger Impfeffektivität, einer Inzidenz von 150/100.000 und einer Verfügbarkeit von 1,25 Mio. Impfdosen/Woche wurde der Impact verschiedener Impfstrategien modelliert. Bei Priorisierung der >80-Jährigen würde das Gesundheitssystem a.e. entlastet (weniger Hospitalisierungen). o Weitere Aktivitäten: o Kommunikation: Mitarbeit im Steuerungskreis Impfkommunikation (inklusive Agenturen), Slogan „Wir krempeln die Ärmel hoch“, 40 Seiten FAQs zusammengestellt, Erklärvideos und Handreichungen für niedergelassene Ärzte sind erstellt / werden finalisiert, Aufklärungsbögen und Einwilligungserklärungen sind in Vorbereitung (massiver Druck seitens der BL). o Digitales Impfquoten-Monitoring: 2 Firmen beauftragt (Accenture/Bundesdruckerei), Projekt erst seit 3 bis 4 Wochen am Start mit kurzer Frist bis Mitte Dezember. o Surveys zu Impfquoten / Impfintention / Impfakzeptanz: Datenschutzkonzept wurde eingereicht, Abstimmung im Steuerungskreis. o Krankenhausbasierte Studie zur Impfeffektivität: Bewilligung liegt vor, in Kooperation mit PEI geplant. o Offene Fragen betreffen u.a. welche Maßnahmen für Geimpfte weiter gelten („hilft gegen andere resp. Erreger“ weniger sinnvoll, stattdessen Hinweis auf populationsbasierte Maßnahme), ob auch diejenigen, die die Krankheit durchgemacht haben, geimpft werden sollen, ob Riegelungsimpfungen bei Ausbrüchen durchgeführt werden sollen. o Impfung hinterlässt möglicherweise stärkere Immunität als durchgemachte Krankheit (Immunantwort durch mRNA-Impfstoffe deutlich höher als bei milden COVID-19 Verläufen), was an unterschiedlichen Indikatoren, u.a. neutralisierenden Antikörpern, festgemacht wird.	FG33

	○ Zunächst sollen Impfzentren zum Einsatz kommen, später ist eine Überführung ins niedergelassene System geplant (wobei die Weiterführung der Impfquotenerfassung dort ggf. schwierig sein wird). ○ Ein großes Hindernis in der raschen Umsetzung ist die Verfügbarkeit des Personals für Impfzentren. Jedes BL hat eigene Strategie mit unterschiedlich vielen Impfzentren und mobilen Teams. In BY findet eine Ausschreibung für Impfzentren für KV-Ärzte statt. ○ Hinsichtlich der Impfquotenerfassung ist bekannt, dass einige Bundesländer (z.B. BY und RP) Alternativen im Rahmen eines Gesamtpakets suchen, in dem auch Einladungen und Impflogistik erfolgen könnten. ○ An der WHO-Allianz COVAX, die eine gerechte Verteilung der Impfdosen weltweit als Ziel hat, beteiligt sich Deutschland nur finanziell. Frankreich hat angestoßen, dass zusätzliche Impfdosen, die national nicht gebraucht werden, an COVAX abgegeben werden.	
9	**Labordiagnostik** ○ Im Rahmen der virologischen Surveillance gab es 325 Einsendungen, davon waren 101 Rhinovirus-positiv, 14 für SARS-Cov-2-positiv und 1 Parainfluenzavirus positiv. Bisher gab es keinen Influenza-Nachweis. ○ In ZBS1 wurden 850 Proben bearbeitet, davon waren 252 positiv (knapp 30% Positivenrate). Dabei waren die GÄ gebeten worden, nur die höchstprioritären Proben einzusenden. U. a. auch durch Beteiligung an diversen Studien ist die Arbeitslast weiterhin hoch.	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Die in der vorherigen Sitzung besprochenen Änderungen wurden umgesetzt; die Veröffentlichungen sind für heute geplant.	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ Es stellt sich auf Anregung des Bundesgesundheitsministers erneut die Frage, ob das RKI statt Alltagsmasken nicht MNS für die generelle Bevölkerung empfehlen sollte. ○ Die bisherigen Empfehlungen haben die Nutzung von MNS offengelassen, sofern die Produktionskapazitäten ausreichen. An MNB hat sich die Bevölkerung gewöhnt. Es besteht Sorge, dass bei Änderung der Empfehlung der Vorwurf entstehen könnte, dass das RKI wissentlich eine „schlechtere" Maßnahme empfohlen habe. ○ MNB hat Schutzwirkung, jedoch sind die Anzahl an Lagen und die Art der Herstellung mitentscheidend. Mehrlagigkeit und ein dicht anliegender Sitz sind wichtig. Sollte die Evidenz zunehmend für MNS anstelle von MNB sprechen, müsste auf die Standards verwiesen werden und auf die bestehende Empfehlung, in der ein Türchen dafür offengelassen wurde.	
12	**Surveillance** ○ Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie und hosp. Fällen	FG36

	(Folien hier) o Der Pandemieverlauf wurde in 4 Phasen (1. Welle KW10 bis 20, Frühsommer, Spätsommer ab KW31, Herbstsaison ab KW40) eingeteilt; ausschlaggebend waren die Positivenrate, 7-Tage-Inzidenz, Maßnahmen und der Anteil COVID-19 im Krankenhaus im ICOSARI-Sentinel (70 Krankenhäuser enthalten). o Zeitlicher Verlauf: In grau sind die Meldefälle dargestellt, diese fallen nach der ersten Phase ab KW 20 ab, steigen ab KW31 auf ein höheres Plateau an und steigen steil ab KW40 an. In blau sind die Fälle aus dem ICOSARI-Sentinel mit Bezug auf die linke Skala dargestellt. Im Sommer zeigte sich kein Anstieg, wohl aber ab KW40 auf ein höheres Niveau als im Frühjahr. o Anteil hospitalisierter Fälle besonders bei den 70 bis 89-Jährigen hoch. o In der Altersgruppe 15 bis 49-Jähriger bereits in der Herbstphase (nur 6 Wochen) schon mehr hospitalisierte Fälle als im Frühjahr (11 Wochen). o Vergleichbar hoher Anteil Intensivbehandlungen wie in erster Welle. o Unter jüngeren Fällen v.a. Säuglinge und Kleinkinder hospitalisiert (niedrigschwelligere Hospitalisierung). o Im Sentinel: bisher noch keine Kinder unter 15 Jahren auf Intensivstation. o Eine Veröffentlichung der Einteilung wird zeitnah begrüßt. Bisherige Zielstellung rein retrospektiv. Viele der Indikatoren werden auch in der Meldedaten-AG bearbeitet. o Anpassung der Falldefinition (Entwurf hier) o In der Falldefinition des ECDC sollen Antigennachweise zukünftig eine Rolle spielen. o In die Falldefinition des RKI soll der Antigennachweis (inkl. Schnelltest) aufgenommen werden. Die Kombination aus Antigennachweis und dem klinischen Bild, welches vereinfacht wird zu akuter respiratorischer Symptomatik jeder Schwere, krankheitsbedingter Tod, neu aufgetretener Geschmacks- oder Geruchsverlust, soll die Referenzdefinition zukünftig erfüllen. o Eine Visualisierung wäre hilfreich. o Der Zeitpunkt der Finalisierung der ECDC Falldefinition ist nicht bekannt. Eine Anpassung am RKI sollte mit dem nächsten SurvNet Update im Dezember erfolgen. Dazu sollte der Entwurf in der AGI und EpiLag angekündigt und an die Bundesländer versandt werden, auch das NRZ sollte eingebunden werden. o In der Praxis werden Antigenteste häufig nicht mehr PCR-bestätigt. [redacted]	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o Laut eines Entwurfs neuer EASA/ECDC Empfehlungen zum	FG38

	Umgang mit Reisenden sei in der jetzigen Situation in Europa eine Testung und Quarantäne von Reisenden nicht sinnvoll, weil der Eintrag von Reisenden das Infektionsgeschehen vor Ort nur unwesentlich beeinflusse. Wenn ein Land ausreichend Testkapazitäten habe, dann könne man weitertesten. Eine Rückkehr zu vermehrtem Testen von Reisenden sei zur Vermeidung einen Re-Imports sinnvoll, wenn die Pandemie vor Ort eingedämmt ist. ○ Digitale Einreiseanmeldung (DEA): Nach Start der DEA lagen am 26.11.2020 00:00 Uhr laut Bundesdruckerei insgesamt 189.933 Anmeldungen vor, davon 98.674 (52%) über die Post AG, 77.220 (41%) an die Gesundheitsbehörden und 14.039 (7%) an die Clearingstelle übermittelt. Am 25.11.2020 gingen 10.531 Anmeldungen ein, davon wurden 4.865 (46%) über die Post AG, 4.867 (46%) an die Gesundheitsbehörden und 799 (8%) an die Clearingstelle übermittelt. 189 (50%) von 376 Gesundheitsämtern sind "erfolgreich" angemeldet (>95%).	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ Die bisher in der Internationalen Kommunikation eingesetzten Kolleginnen vom BBK haben am 30.11.2020 ihren letzten Arbeitstag. Aufgrund der aktuell überschaubaren Arbeitsbelastung auf dieser Position und vorhandenen Personalbedarfen im BBK werden die 2 weiteren für Dezember ursprünglich abgeordneten Kollegen nicht an das RKI kommen. ○ Die Erfahrung zeigt, dass ein schnelles Hochskalieren bei akuter Belastung schwierig zu bewerkstelligen ist; zukünftig sollten Abordnungen nicht positionsspezifisch, sondern für das Lagezentrum allgemein erfolgen. ○ Am 22.11.2020 erschien der 300. Lagebericht. Am 02.12.2020 steht der 175. Krisenstab an.	FG38
15	**Wichtige Termine** ○	Alle
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Montag, 30.11.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	